

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

HENRI FERRIÈRE

Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Massiac (Cantal), le 9 Mars 1900

LE TRAITEMENT

DE

L'HÉRÉDO-SYPHILIS

CHEZ L'ENFANT

dans les **Consultations Externes** à l'hôpital

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène.	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LOEPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A L'HOPITAL ST-ANTOINE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RATHERY
MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÖEPER
MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

M. LE DOCTEUR LENOIR
MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

M. LE DOCTEUR FOURNIER
MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

M. LE DOCTEUR MACÉ
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet
MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. LE DOCTEUR LAUNAY
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

*Qui nous fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse, nous
adressons nos hommages respec-
tueux et nos sincères remercie-
ments.*

A M. LE DOCTEUR LEREBoullet

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MÉDECIN A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

*Qui a bien voulu nous inspirer ce tra-
vail et nous aider de ses conseils,
nos plus vifs remerciements et l'ex-
pression de notre respectueuse re-
connaissance.*

Avant-Propos

Avant d'aborder ce travail qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre profonde gratitude à tous ceux qui nous y ont aidé :

A M. le Professeur Nobécourt qui a bien voulu nous donner des documents précieux pour illustrer cette modeste thèse.

A M. le Professeur agrégé Lereboullet qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et n'a cessé de nous guider de ses conseils.

A MM. les docteurs Brizard et Nadal enfin, qui nous ont fait bénéficier de leur longue expérience.

Introduction

L'importance du rôle de l'hérédo-syphilis dans les manifestations cliniques observées chez l'enfant et chez l'adulte grandit chaque jour, On se rend compte aussi de l'efficacité du traitement précoce et des dangers d'abandonner à elle-même la syphilis héréditaire.

Or, beaucoup d'enfants ne sont pas traités parce qu'ils ne sont pas dépistés, au bien, dépistés ils ne sont pas soignés faute d'organisation et de surveillance.

Le dépistage et les soins peuvent être assurés par les consultations d'hôpital, pourvu qu'elles soient organisées et très surveillées : ainsi beaucoup plus d'enfants seront soignés et bénéficieront plus tôt du traitement. C'est ce qui ressort des discussions qui ont eu lieu en octobre dernier au IV^e Congrès des Pédiatres sur le traitement de la syphilis héréditaire. Le rapporteur, M. Léon Tixier, montra la nécessité de traiter rigoureusement toutes les femmes enceintes syphilitiques ; puis il passa en revue les diverses médications dont nous disposons aujourd'hui pour combattre les manifestations multiples de la syphi-

lis héréditaire. Le mercure conserve tous ses droits ; mais les arsenicaux, comme chez l'adulte, ont fait leurs preuves chez l'enfant, et doivent être employés dans tous les cas où cela est possible.

Il conclut, en y insistant, sur la nécessité d'une organisation sociale, de la coordination des efforts entre accoucheurs, syphiligraphes et pédiatres pour que la lutte entreprise donne son plein rendement.

Après lui, prennent part à la discussion en y apportant les résultats de leur expérience les pédiatres les plus autorisés de Paris et de province. Nous reproduisons les résultats des consultations du Professeur Nobécourt et du Docteur Lereboullet aux Enfants-Malades. Ils montrent l'incontestable efficacité des cures systématiques de l'hérédo-syphilis pourvu que l'on sache la dépister par :

- 1° L'enquête familiale ;
- 2° L'examen clinique minutieux,
- 3° Les recherches sérologiques,

que l'on remonte notamment jusqu'à la deuxième génération, et que l'on adopte un traitement simple, de surveillance facile.

Ils montrent, en outre, l'obligation formelle pour les médecins de multiplier ces consultations, sans que pour cela soient lésés leurs intérêts matériels et moraux, non seulement à Paris, mais dans toutes les villes, pour que se complète et s'achève l'œuvre entreprise pour la disparition de ces deux fléaux sociaux : *la tuberculose et la syphilis*.

Importance médico-sociale de l'Hérédo-Syphilis non traitée

Durant ces dernières années, le domaine de la syphilis s'est considérablement accru et il n'est pas exagéré de dire qu'elle absorbe, à l'heure actuelle, une bonne partie de la pathologie : le tabes et la paralysie générale, l'insuffisance et l'ectasie aortique, pour ne citer que les affections les plus communes, sont aujourd'hui unanimement reconnues d'origine syphilitique.

De même, en ce qui concerne la syphilis héréditaire, le cadre semble s'élargir tous les jours. Il y a quelque 30 ans, on ne connaissait guère que les formes graves de l'hérédo, celles qui frappaient l'enfant dès sa naissance et ne lui permettaient que quelques jours ou quelques semaines de vie ; celles, en un mot, qui s'exprimaient par un ensemble de signes de véritable septicémie spécifique. Ces formes, de plus en plus rares aujourd'hui, étaient soignées en service hospitalier et continuaient d'ailleurs à l'être, comme par le passé.

Mais à côté de ces manifestations graves, précoces, à côté du nouveau-né, du nourrisson couvert de

bulles pemphigoïdes palmo-plantaires, de fissures labio-nasales, de fissures anales, à l'abdomen volumineux ; à côté du « petit vieux » cher au Professeur Fournier dont tous les livres reproduisent un type parfait, idéal, et qui ne sont que les témoins lamentables et sans avenir d'une infection massive, brutale ; à côté, dis-je, de ce nouveau-né, de ce nourrisson, existent l'enfant, l'adolescent, l'adulte hérédo-syphilitiques.

Ceux-là ont échappé à leur naissance, ou dans les premiers mois de leur existence aux manifestations aiguës du mal ; mais ils n'en sont pas moins des « tarés » et comme tels exposés à plus ou moins brève échéance à toutes les surprises, à tous les méfaits des infections ou intoxications chroniques, tuberculose, alcoolisme, saturnisme, par exemple ; avec, en plus, pour la syphilis, un pouvoir morbide s'étant avéré de nos jours notablement supérieur à celui des affections susnommées.

A vrai dire Proféta prétendait que ces manifestations plus tardives ne sont « que l'expression tertiaire de syphilis héréditaires ordinaires dont les symptômes secondaires, normalement survenus au cours des premières années ont passé inaperçus, ou ont été autrement qualifiés. Il n'y a pas de syphilis héréditaire tardive ; il a des symptômes tardifs d'une syphilis héréditaire méconnue ».

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, cette hérédo-syphilis de l'enfance ou de l'adolescence est beaucoup plus qu'une simple infection chronique,

c'est, à proprement parler, une « diathèse », un véritable « état biologique inférieur », susceptible de donner lieu, à un moment donné, aux manifestations les plus variées, les plus polymorphes : les unes sont spécifiques, beaucoup sont causées par des agents infectieux vulgaires ou nettement différenciés — « la syphilis ne fait pas que de la syphilis ». — Tout se passe, comme si la syphilis avait préparé le terrain en modifiant la structure et la résistance des organes et en les sensibilisant aux diverses infections et intoxications. Elle influe quelquefois sur l'évolution des processus morbides, les rend chroniques ou subaigus et les fait aboutir soit à des scléroses ou à des dégénérescences multiples.

L'atteinte que le mal héréditaire porte à certains organes ne diminue pas seulement leur résistance aux infections et intoxications ; elle est capable de troubler leurs fonctions, de créer, en d'autres termes, des lésions de nature dystrophique qui n'ont de spécifique que leur origine.

Ces manifestations héréditaires, fort disparates, avons-nous dit, peuvent atteindre les muqueuses, les surfaces cutanées, les viscères, le squelette, les organes génitaux et les organes des sens, les glandes endocrines et surtout le système nerveux.

Combien parmi elles, compatibles avec une santé, en apparence normale, étaient jusqu'à ces dernières années, étiquetées affections essentielles, dans l'ignorance où l'on était de leur véritable étio-

logie, ou attribuée gratuitement à une tout autre cause, alcoolique ou tuberculeuse ? Ce sera, dans l'histoire de la médecine de l'avenir, le mérite de la génération actuelle d'avoir su préciser et mettre en relief leur étiologie spécifique ; et cela, non pas par une observation clinique plus rigoureuse, mais grâce aux acquisitions récentes du laboratoire. La réaction de Wassermann, en particulier, a été la grande révélatrice de ces syphilis latentes et ignorées.

Elle a résolu bien des énigmes, dissipé bien des incertitudes en maintes circonstances où la clinique seule était impuissante : une vaste ulcération cutanée, rebelle aux traitements habituels, certains ictères chroniques de l'enfance, certaines albuminuries, un syndrome adiposo-génital, des crises épileptiques ou des convulsions paraissaient jadis ne rien avoir de spécifique. Il s'est trouvé alors que dans la recherche de leur étiologie par ce procédé si sensible de laboratoire, des réactions positives inattendues ont permis d'en déterminer la cause exacte. C'est ce qui a conduit à l'utiliser systématiquement pour toutes les dystrophies de l'enfance.

La réaction de Wassermann nous a donc été très précieuse ; mais, à la longue, on s'est aperçu qu'elle n'avait pas une valeur absolue et que dans bien des cas, où la syphilis n'était pas douteuse, elle se montrait négative. Nous ne discuterons pas l'in-

constance de ses résultats : nous tenons seulement à souligner qu'elle nous a rendu des services dans des cas où rien, chez les ascendants ou les collatéraux, dans l'examen du malade lui-même, ne permettait de penser à une étiologie spécifique. Positive, sa valeur est entière ; négative, elle ne doit pas faire rejeter le diagnostic. Les résultats doivent toujours être contrôlés par un examen clinique approfondi, la recherche des stigmates (dentaires, oculaires, auriculaires, etc...), l'interrogatoire et l'examen minutieux des parents et collatéraux.

Il est bien rare alors que les efforts réunis de la clinique et du laboratoire n'aboutissent à une certitude pour ou contre, et n'entraînent les sanctions thérapeutiques appropriées.

Tout un chapitre de pathologie infantile allait donc se précisant de plus en plus. Il ne tardait pas à retenir toute l'attention des pédiatres et à les inciter à effectuer pour cette catégorie de sujets une thérapeutique énergique, effective et prolongée.

Mais alors une grosse objection se présentait immédiatement. Comment organiser cette thérapeutique ? Ces « tarés » ne pouvaient pas être considérés comme des malades à traiter en service hospitalier. En effet, comme le traitement de la syphilis acquise de l'adulte, le traitement de l'hérédo-syphilis est long, très malaisé dans une salle d'hôpital en raison de l'immobilisation prolongée des lits qu'il impose et de l'encombrement rapide qui en

résulterait ; très malaisé également à domicile, en raison d'abord de la nature des médicaments employés et puis de la surveillance constante qu'il exige de la part du médecin.

Thérapeutique médico-sociale de l'Hérédo-Syphilis

Il fallait donc trouver un système qui, groupant les hérédo-syphilitiques, ne gêne en rien le fonctionnement normal d'une salle d'hôpital et permette à un médecin spécialisé de les étudier et de les suivre. Ce fut la *Consultation Externe*, véritable dispensaire hospitalier, avec traitement ambulatoire, traitement d'autant plus facile à effectuer, que toute la médication anti-syphilitique actuelle, est, comme nous le verrons dans la suite, admirablement supportée par l'enfant.

Dans leur tâche, les pédiatres devaient être grandement aidés par l'expérience acquise ces dernières années dans la lutte entreprise contre la tuberculose et la syphilis de l'adulte : en l'absence, en effet, de la méthode prophylactique idéale, qui, pour les maladies infectieuses est la vaccination, force fut bien pour les médecins de chercher et de trouver une organisation sociale qui y supplée.

La guerre, à ce point de vue, a donné une impulsion vigoureuse à ces organisations qui étaient seulement éparses auparavant et nullement groupées comme elles le sont aujourd'hui.

La lutte, sur le terrain social, a d'abord été menée contre la tuberculose par les Américains de l'Institut Rockefeller : cette organisation s'est fondue secondairement avec l'Office public d'hygiène sociale, qui pour Paris, tout au moins, relève de la Préfecture de la Seine.

A la base de cette organisation sociale anti-tuberculeuse se trouve le *dispensaire*, qui ne fait pas de thérapeutique effective, mais se borne à dépister la tuberculose, à la surveiller dans les milieux ouvriers, et à diriger vers les centres appropriés, hôpitaux spécialisés, sanatoriums, préventoriûms, les sujets susceptibles d'être un danger pour la communauté. Il ne s'occupe pas seulement du tuberculeux reconnu, mais encore de sa famille et surtout de ses enfants.

Nous pouvons même dire que la préservation de l'enfance est une de ses obligations primordiales. Le principe fondamental de cette préservation est le suivant : soustraire les enfants sains du foyer familial contaminé et les placer dans un milieu indemne, soit séparément dans des familles (placement familial), soit collectivement dans des établissements spéciaux (placement collectif).

Pour la seconde enfance, le placement familial type a été réalisé par l'admirable institution de l'œuvre Grancher, la plus ancienne, fondation privée, et de ce fait ne donnant qu'un rendement limité, mais qu'on a pu étendre autour des organisations départementales de dispensaires.

Quant au placement collectif, les résultats paraissent moins intéressants.

Les sujets de la première enfance sont dirigés vers des centres d'élevage, conçus suivant le type Léon Bernard-Debré.

Le placement collectif de tout-petits est réalisé par les Pouponnières.

A côté de ces organisations extra-hospitalières existent des crèches annexées à un service de tuberculeux où l'on reçoit les mères tuberculeuses avec leur nourrisson, et où l'on prépare leur séparation en vue de préserver les enfants. Un service de ce genre fonctionne à l'hôpital Laënnec, avec des résultats remarquables.

A adjoindre encore à l'œuvre de Préservation de l'Enfance, l'inspection médicale des écoles qui assure le dépistage des enfants légèrement contaminés, et les envoie en *préventoriums*, écoles de plein air, où ils sont soumis à un régime hygiéno-diététique, méthodiquement appliqué.

L'organisation de la lutte anti-syphilitique est sensiblement la même. Les principes sont identiques. A la base nous trouvons encore le *dispensaire*, mais ici nous disposons d'une thérapeutique médicamenteuse précise, efficace, bien réglée dans ses modes d'administration, à opposer directement à l'agent spécifique du mal ; alors que contre le bacille de Koch, nous n'avons à notre disposition que des mesures hygiéno-diététiques.

Les dispensaires de prophylaxie anti-vénérienne

ont pour but de mettre à la portée de tous les malades les méthodes modernes de traitement.

Le début de la lutte socialement organisée remonte aux années de guerre. A ce moment, sous la pression impérieuse des nécessités, se multiplient les consultations spéciales, les ambulances, et dans les zones de l'arrière la création de centres et de sous-centres vénéréologiques.

Dans la population civile, le début remonte à 1916.

Actuellement, le traitement des vénériens est assuré dans de nombreux dispensaires et polycliniques relevant pour la plupart de l'Assistance publique : à l'hôpital Cochin, polyclinique des Docteurs Fournier et Queyrat, avec leurs consultations du soir ; à Saint-Louis, le Professeur de clinique dermatologique, et chacun des médecins possèdent un dispensaire annexé à leur service.

Des consultations de vénéréologie sont organisées dans un grand nombre d'hôpitaux. L'infirmérie spéciale de St-Lazare en possède un grand nombre destinées à l'examen et à la surveillance des prostituées, ainsi que celles de la préfecture de la Seine.

L'Institut prophylactique du Dr Vernes réalise un bon type de dispensaire extra-hospitalier.

Dans cette action remarquable et multiple dirigée contre la tuberculose et le péril vénérien, et dont toutes les conséquences heureuses, les résultats publiés proclament hautement la valeur, il n'était pas question de l'hérédo-syphilis.

Sa gravité une fois reconnue, son influence noctive pouvant se prolonger sur plusieurs générations ; et, d'autre part, les remarquables effets du traitement étant démontrés ; c'était pour les pédiatres, en cela d'accord avec les syphiligraphes et les accoucheurs, plus qu'une nécessité, un devoir de créer ces consultations externes de traitement ambulatoire, annexées à leur service.

CONSULTATIONS EXTERNES : consultations de diagnostic et de traitement.

A l'heure actuelle, beaucoup de services d'enfants commencent à en être dotés. Aux Enfants-Malades ceux de M. le Professeur Nobécourt, de MM. les Docteurs Lereboullet et Aviraguet ; aux Enfants-Assistés, celui du Professeur Marfan ; à Trousseau, celui du Docteur Lesné ; à St-Louis, celui de Jules Renault.

Comme en matière de tuberculose ou de syphilis de l'adulte, ces consultations sont précieuses pour le dépistage du mal, mais ici les difficultés diagnostique sont sensiblement plus grandes. Polymorphe et protéiforme au premier chef, nous le savons déjà, la syphilis héréditaire se dissimule sous tous les masques. Il n'est donc pas de trop de s'entourer de toutes les garanties, de mener son enquête, sur les malades qui se présentent, avec circonspection, méthode et persévérance pour ne pas appliquer de traitement inutile. Eviter de voir l'hérédosyphilis par-

tout, certes ; mais aussi ne pas tomber dans l'exagération contraire et ne vouloir la voir nulle part.

Nous ne pouvons évidemment entreprendre ici la description détaillée de toutes les manifestations de la syphilis héréditaire dite « tardive » : ce serait, non seulement sortir du cadre de cette étude ; mais encore donner en quelques pages une reproduction, bien imparfaite et forcément incomplète, de ce qui fait la matière de nombreux livres depuis ceux de Fournier jusqu'à nos traités modernes.

Nous nous contenterons de signaler quels sont les éléments sur lesquels doit s'appuyer une enquête.

1° *Enquête familiale* chez les parents, ascendants et collatéraux : des fausses-couhes, des avortements répétés, une polymortalité infantile sont autant de pièces à conviction.

Il faut toujours penser enfin à la *syphilis de seconde génération*, surtout lorsque l'on se trouve en présence d'enfants présentant des troubles d'origine endocrinienne, un syndrome pluriglandulaire. Nous savons aujourd'hui, en effet, que les hérédo-syphilitiques transmettent à leurs descendants beaucoup plus que des manifestations infectieuses (rares), des dystrophies pour la plupart d'origine endocrinienne, qui, à leur tour, peuvent se transmettre une fois toute trace d'infection disparue. Il s'agit alors d'une véritable hérédité glandulaire et non d'une hérédité syphilitique, mais qui n'aurait jamais existé sans l'infection ancestrale, et comporte les conséquences les plus fâcheuses. L'enfant de l'hérédo-sy-

philitique profondément troublé dans son développement normal pourra évoluer vers le nanisme, l'infantilisme, le myxœdème ou le gigantisme ; souvent aussi il sera frappé de stérilité par l'atteinte irrémédiable de ses glandes génitales. On comprend alors toute l'importance de cette syphilis de seconde génération, la nécessité de traiter la syphilis héréditaire d'une manière précoce et intensive, le grave problème qu'elle pose du mariage des hérédo-syphilitiques.

2° *L'examen du malade lui-même*, chez qui l'on pourra retrouver les « *stigmata* » ; rappelons le crâne natiforme, le front olympien, les troubles de dentition, dents érodées, crénelées, en tournevis, la voûte palatine ogivale, le vitiligo, l'existence d'un ganglion sus-épitrochléen, les malformations diverses telles que le nez en lorgnette, les tibias en lame de sabre, la surdité, la kératite interstitielle — triade d'Hutchinson — les cicatrices labiales, les ectasies veineuses au niveau des régions temporales et du cuir chevelu.

La notion antérieure d'une éruption bulbeuse palmo-plantaire à la naissance, d'un coryza purulent, de végétations adénoïdes précocement apparues, apportera, d'autre part, un appoint décisif pour le diagnostic.

3° *La réaction de Wassermann*, avec l'interprétation de ses résultats précédemment indiquée.

Si les réactions biologiques sont négatives, si on

note l'absence de tout *stigmata*, en présence de faits d'allure anormale, aucune cause de nature toxi-infectieuse ne pouvant être incriminée, comme cela se présente souvent en matière de pathologie nerveuse infantile, doit-on malgré tout, agir ?

Problème délicat. Rien ne saurait mieux nous montrer la conduite la plus rationnelle que doit suivre un médecin dans tous les cas qui peuvent lui être soumis, la catégorie de malades traités, les modalités de ce traitement et les résultats obtenus, que d'exposer le fonctionnement de deux de ces polycliniques d'hérédo-syphilitiques — fonctionnement auquel nous avons pu assister durant une année.

La Polyclinique ou Consultation Externe du Professeur Nobécourt dirigée par le docteur Nadal, celle du Professeur Agrégé Lereboullet dirigée par le docteur Brizard.

Nous exposons leurs résultats présentés au IV^e Congrès des Pédiatres en octobre dernier (1).

1^{re} Consultation Externe du Professeur Nobécourt (2) :

Elle a été organisée au début de l'année 1922. Plus de 400 enfants y sont venus, envoyés par la Consultation de médecine générale, et, en outre, par divers organismes avec lesquels elle est en rapport : Institut de puériculture, consultations scolaires, dis-

(1) Un résumé du rapport présenté au IV^e Congrès des Pédiatres de langues française, se trouve dans la *Presse Médicale*, du 15 octobre 1924.

(2) Voir encore : La clinique des enfants, école médico-sociale, par le professeur Nobécourt. *Presse Médicale*. 7 décembre 1921.

pensaires de l'Office d'Hygiène sociale, pouponnières, etc. Mais laissons parler M. Nobécourt et Nadal :

« Une fiche spéciale est dressée pour chaque malade. Sur cette fiche sont relatés les antécédents héréditaires et collatéraux, l'histoire du malade, l'examen clinique avec tous les stigmates et les symptômes qui peuvent avoir une valeur dans le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Pour les enfants, le laboratoire pratique, la réaction de Wassermann, la réaction de Hecht, et depuis quelque temps la réaction de Vernes.

Dans certains cas, on a recours à des examens cliniques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien, à des examens du sang, etc.

Les examens sérologiques de la mère, exceptionnellement du père, sont pratiqués en même temps que ceux des enfants. A ces enfants qui ne sont pas hospitalisés s'ajoutent les enfants syphilitiques soignés pendant un certain temps dans les salles de la clinique et qui, après leur sortie, sont suivis à la consultation.

Parmi les 400 enfants venus à la consultation, 183 ont été reconnus comme certainement syphilitiques. Pour la plupart des autres, il a été possible d'exclure le diagnostic de syphilis. Toutefois, pour un groupe comprenant 76 enfants, le doute n'a pu être levé ; il a fallu continuer de les tenir comme suspects. Nous ne possédons pas, en effet, de moyens de diagnostic clinique ou biologique

qui nous permettent de toujours entraîner la certitude ; en pareil cas, le traitement peut quelquefois, mais non toujours, élucider la nature de la maladie.

Ces difficultés du diagnostic tiennent, en grande partie, à la clientèle spéciale de la consultation.

Il n'y vient guère d'enfants porteurs d'accidents syphilitiques avérés, de syphilis en évolution. Ceux-ci sont hospitalisés directement dans les salles, ou, s'il s'agit de nouveau-nés, sont retenus dans les maternités.

Le plus grand nombre des malades, enfants âgés de quelques mois à quinze ans, est amené pour du retard de croissance, des hypertrophies, des hypotrophies, un mauvais état général, de l'anémie, des troubles de l'ossification, du rachitisme, des affections du système nerveux (arriération mentale, crises convulsives, paralysies diverses, hydrocéphalie) ; des malformations et en particulier des malformations dentaires, etc., etc... En un mot, il s'agit, en général, d'enfants atteints d'affections ou présentant des dystrophies que la syphilis peut réaliser au même titre que d'autres facteurs étiologiques, mais dont elle n'est pas la cause unique. La syphilis est, dans ces conditions, souvent occulte, lorsqu'elle ne s'affirme par aucun signe probant. Lorsque aucune autre cause ne peut être révélée, le malade doit être classé parmi les suspects de syphilis, mais non parmi les syphilitiques. Le triage des enfants, leur classement en non syphilitiques, syphilitiques et suspects, est donc le premier devoir du médecin de

la consultation. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance du diagnostic qu'il porte.

La consultation n'est pas seulement un centre de diagnostic, c'est aussi un organisme de traitement. Y sont soignés d'une part, les enfants syphilitiques qui sortent des salles d'hospitalisation, où le traitement a été commencé ; d'autre part, les enfants du dehors classés comme syphilitiques ou comme suspects. Les enfants suspects sont traités comme les syphilitiques avérés pendant un certain temps ; ultérieurement, le traitement est continué définitivement ou interrompu, suivant les résultats constatés.

Nous appliquons les traitements modernes, injections de *sels arsenicaux*, de *bismuth*. Nous utilisons aussi dans certains cas le *mercure* et l'*iode*.

1° *Sels arsenicaux*. — Etant donné qu'il s'agit d'hérédo-syphilitiques déjà âgés, il n'y a pas lieu, comme pour la syphilis primaire, de chercher à obtenir une stérilisation immédiate ; nous avons recours aux injections sous-cutanées, soit rarement de novarsénobenzol, soit surtout de sulfarsénol. Parfois nous pratiquons les injections intra-veineuses ou, chez les nourrissons dans le sinus longitudinal ; ces injections sont bien tolérées, mais très souvent ne paraissent pas donner de résultats meilleurs que les injections sous-cutanées, à condition que celles-ci soient faites à doses suffisantes et suffisamment prolongées.

Les injections sont répétées 2 fois par semaine. La première est toujours minime ; 1 cgr. $\frac{1}{2}$ chez les

nourrissons, 6 centigrammes chez les grands enfants, dose intermédiaire dans la moyenne enfance. Très rapidement les doses s'élèvent à 1 centigramme par kilogramme, puis 1 cgr. 1/4, 1 cgr. 1/2. La série est de douze injections. Un examen sérologique est fait au bout d'un mois ou six semaines avant la reprise du traitement.

Les injections de sulfarsénol ont le plus souvent un effet eutrophyque manifeste. L'augmentation du poids est rapide.

2° *Bismuth*. — Les injections de sels solubles étant parfois douloureuses ; nous avons eu recours au quinio-bisulfate puis à l'hydroxyde de bismuth. Ce dernier produit nous paraît extrêmement efficace.

La négativation du Wassermann est plus lente au bismuth qu'avec les arsenicaux, mais elle est plus durable. Nous l'employons actuellement de façon courante comme traitement de fond.

Les doses optima sont assez difficiles à déterminer et ne sont pas en rapport absolu avec le poids. Les doses correspondant à 2 milligr. 5 de bismuth métallique par kilogramme peuvent être souvent dépassées. Les injections sont répétées à la même dose deux fois par semaine.

Les injections d'hydroxyde de bismuth provoquent quelquefois un peu d'asthénie, mais celle-ci est toujours minime ; le liseré est beaucoup moins marqué que chez l'adulte. Jamais nous n'avons observé de stomatite.

Les urines doivent être surveillées de près ; à chaque injection nous faisons une recherche d'albumine. On en trouve assez souvent de petites doses, et parfois une quantité importante. L'albuminurie a été passagère, sauf dans 2 cas où elle a persisté plusieurs semaines sans atteinte profonde du rein.

Les injections ont le plus souvent des effets remarquables chez les hypotrophiques ; dans les crises comitiales, il se produit quelquefois une aggravation ; le plus souvent, le nombre des crises diminue. Chez les arriérés, l'état psychique, lorsqu'il n'est pas en rapport avec des lésions trop profondes, s'améliore notablement. Dans les scléroses pulmonaires, les résultats sont parfois très encourageants. Il ne faut pas méconnaître toutefois que bon nombre de ces affections ne sont guère influencées. Nous combinons actuellement le traitement arsenical ou bismuthique avec le traitement mercuriel et le traitement ioduré ; huile grise, frictions mercurielles, sirop de Girbert et succédanés. Le traitement iodé intensif par la teinture d'iode à 1 pour 10, à doses progressives, remplace avantageusement le traitement ioduré. Notre expérience du stovarsol est encore trop récente pour que nous puissions en tirer des conclusions. Nous voyons souvent des enfants de syphilitiques avoués, de P. G., de tabétiques. Ces enfants, présumés syphilitiques, sont toujours soumis au traitement, alors même qu'aucun symptôme clinique ni aucune réaction sérologique ne permet de les considérer comme des syphilitiques.

Le traitement est poursuivi pendant longtemps. Les premières séries d'injections sont pratiquées à des intervalles de cinq à six semaines, plus espacées dans le deuxième semestre du traitement. Pendant la deuxième année, l'enfant n'est soumis qu'à une ou deux séries d'injections.

Si la réaction de Bordet-Wassermann ne reste pas complètement négative, le traitement est à nouveau intensifié.

Malheureusement un certain nombre d'enfants ne peuvent être traités avec toute la rigueur désirable, pendant un temps suffisamment long. Les mères obligées de travailler ou retenues par les soins du ménage, n'amènent pas toujours leurs enfants avec l'assiduité nécessaire.

Dès qu'une amélioration a été obtenue, après une ou deux séries, quelquefois même au cours d'une série, certains enfants cessent de venir. Or un traitement incomplet peut être dangereux en provoquant une réactivation.

Il conviendrait donc de rechercher les moyens d'encourager l'assiduité des mères. Peut-être, dans certains cas particuliers, conviendrait-il d'accorder une indemnité aux mères nécessiteuses. Cette éventualité se présente surtout pour les nourrissons.

En général, cependant, les traitements sont exactement suivis : la constatation dans la salle d'attente de résultats favorables obtenus chez d'autres enfants est pour les mères un encouragement à persévérer.

L'action de la consultation ne serait pas complète

si le traitement était exclusivement réservé aux enfants. Toutes les fois qu'il est possible, nous soignons les mères qui n'ont pas été traitées antérieurement ou qui l'ont été insuffisamment. Elles acceptent de bon gré de se soumettre à un traitement, qui, en raison de la perte de temps supplémentaire, ne serait pas suivi ailleurs. D'ailleurs, souvent ces femmes ignorent qu'elles sont malades : c'est la syphilis de l'enfant qui permet de dépister la syphilis de la mère.

En résumé, la plupart des 183 enfants syphilitiques et des 76 enfants suspects que nous avons observés ont été traités à la consultation. Actuellement plus de 3.400 injections ont été pratiquées. Pour quelques-uns le diagnostic a été convaincant... »

Comme on le voit par les lignes qui précèdent, le traitement auquel sont soumis tous les enfants hérédo-syphilitiques sans exception, est simple :

Les arsenicaux ou le bismuth comme traitement héroïque ;

Les arsenicaux par séries de 12 injections hebdomadaires, sous forme le plus souvent de sulfarsénol, en injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

Le bismuth (quinio-bisulfate ou hydroxyde de bismuth) par séries de 12 injections également, intra-musculaires.

Repos de cinq semaines à deux mois entre chaque série (3 par an), pendant lequel les enfants sont soumis à une cure d'entretien par le sirop Gilbert ou la teinture d'iode.

Le tout contrôlé par les examens sérologiques.

Une ligne de conduite analogue est suivie à la consultation voisine des D^{rs} Lereboullet et Brizard, dont nous publions les résultats.

2° Consultation externe des D^{rs} Lereboullet et Brizard : (1) :

Cette consultation fonctionne depuis le mois d'octobre 1923 :

... « pendant une année il a été traité 142 enfants, les uns étant des convalescents des salles, les autres fournis par la consultation générale, d'autres envoyés par des médecins du dehors, d'autres enfin, au nombre de 32 et étiquetés « cas chirurgicaux », ont été envoyés par M. Lance, chef de la Consultation d'Orthopédie du service Ombredanne.

Les malades traités durant l'année 1923-1924 se répartissent de la façon suivante :

Vomisseurs	6
Etats convulsifs ou épileptiformes.....	16
Naissance avant terme.....	4
Arrêt de développement.....	16
Rachitisme	8
Spécificité des parents.....	8
Chorée	4
Gommes cutanées et ulcérations atypiques des membres	6
Encéphalopathies	9

(1) Résumé du rapport. *Presse Médicale*, 15 Octobre 1924.

Hémiplégies infantiles.....	11
Cirrhose hépato-biliaire.....	2
Incontinence des matières fécales.....	1
Hydrocéphalies légères.....	6
Anémie	6
Hydrocèle double.....	3
Entérite	1

Les malades envoyés du service de M. Ombredanne l'ont été pour des ostéites à localisations diverses ; pour des coxalgies ou des maux de Pott, d'allure atypique avec des consolidations fibreuses anormales.

Contre ces diverses catégories de malades, le traitement a été appliqué en s'appuyant sur les principes suivants :

Chercher à faire avant tout, du traitement arsénical sous forme de novarsénobenzol intra-veineux ou de sulfarsénol, lorsque ce mode d'introduction du médicament était impossible. Le sulfarsénol a paru moins actif que le 914, bien qu'à l'usage il se soit révélé plus efficace que certains ne l'avaient affirmé.

MM. les D^{rs} Lereboullet et Brizard préconisent 3 séries arsenicales dans le courant de l'année, interrompues par 2 mois de repos, ou plus exactement de cures d'entretien. Chaque série comporte 10 injections de produit.

Le 914, à la dose maxima de 1 centig. $\frac{1}{2}$ par kilogramme de poids, dose atteinte à la troisième injection et maintenue pendant les sept dernières.

Pour le sulfarsénol, nous sommes arrivés dès la troisième injection à deux centigrammes et même deux centigrammes et demi par kilog. de poids. Dans l'ensemble ce traitement a été admirablement supporté.

Sur 43 malades au novarsénobenzol intra-veineux nous avons eu 3 crises nitritoïdes chez des enfants de 13, 14 et 15 ans. Tous les autres ont supporté leurs séries complètes sans incidents.

Sur 85 malades traités par le sulfarsénol, 8 ne l'ont pas toléré ; 2 nourrissons vomisseurs faisaient des accès fébriles intenses après chaque injection. 3 autres ont eu des érythèmes après les premières injections (dont l'un purpurique), incidents qui ont vite disparu et ont permis la reprise du traitement sous une forme différente. Trois malades ont dû interrompre leur traitement pour des céphalées compliquées chez l'un d'eux de troubles oculaires. Au surplus, quatre de ces intolérants arsenicaux se sont montrés rebelles à toute espèce de médication anti-syphilitique ; le bismuth provoquait chez eux de l'asthénie, de la torpeur, le mercure même, sous forme de suppositoires, des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée. Les parents découragés de ces succès successifs ne nous ont pas ramené leurs enfants. Chez deux jeunes nourrissons vomisseurs, nous avons employé la médication arsenicale sous forme de suppositoires : l'un d'eux fut rapidement amélioré.

Depuis le mois de mai 1924, nous avons cherché

à employer le stovarsol, dans la cure d'entretien. Nous l'avons donné à des enfants qui jusqu'alors n'avaient été traités que par le bismuth et avaient dépassé leur troisième année. Nous l'avons fait absorber sous forme de comprimés de 0 gr. 25 le premier jour, deux le lendemain. deux jours de repos, reprise, ainsi de suite pendant trois semaines, suivies de trois semaines de repos complet jusqu'à la reprise de la nouvelle série bismuthée.

Le traitement, très bien toléré, a été appliqué, à trop peu de sujets (cinq) pour juger du résultat.

Si le sulfarsénol a été, en fait, le plus employé des arsenicaux, c'est que la majorité de notre clientèle hospitalière s'étageant entre la naissance et 4 ans, et étant une clientèle externe, il était difficile de lui appliquer la pratique des injections intra-veineuses dans les veines épicrotiniennes, le sinus longitudinal ou la veine jugulaire pendant toute une série thérapeutique sans avoir parfois un accroc, naturellement mal vu des parents. Mieux vaut dans de tels cas renoncer au traitement par le novarsénobenzol et conserver son malade.

Le bismuth nous a servi souvent dans la cure d'entretien sous forme de quiniobismuthate (Quinby), injecté chaque semaine dans les deux mois qui séparaient les séries arsenicales. En dehors de cela, nous l'avons employé systématiquement en dehors de tous les autres, chez une vingtaine de nos malades présentant des dystrophies nerveuses. Le produit a toujours été très bien toléré, même chez le très

jeune nourrisson, les seuls incidents qui se soient produits étant de rares nodosités développées au lieu même des injections. Chez quelques malades nous avons noté, en fin de série, un certain degré d'anémie et d'asthénie temporaire. Si le produit s'est montré inoffensif, il nous a été impossible, en revanche, de juger de son efficacité, mais nous nous sommes adressés à des dystrophies nerveuses plus particulièrement rebelles et le traitement prolongé peut avoir des effets plus encourageants.

Le mercure nous a paru, comme toujours un excellent médicament, et sous forme de frictions, de sirop de Gibert ou de préparations similaires, de suppositoires, il nous a donné d'heureux résultats, notamment dans la cure d'entretien.

Les indications de la cure ont été tirées par nous, moins des constatations humorales (la réaction de Wassermann n'a été positive que 16 fois seulement) que des renseignements fournis par l'interrogatoire des parents et l'examen clinique. Ce qui a réglé notre conduite, c'est l'existence de syphilis avérée chez les parents, c'est la présence, chez les enfants, d'accidents réputés d'origine fréquemment syphilitique ou de stigmates plus ou moins marqués. Nous avons ainsi traité 16 sujets atteints d'états convulsifs ou épileptiques, 6 vomisseurs, 16 enfants présentant des arrêts du développement, etc. (voir le tableau précédent), avec des résultats variables :

Excellents chez les vomisseurs, très significatifs aussi lors d'accès convulsifs ou épileptiques, 12 ma-

lades sur 16 ayant été rapidement améliorés (le gardénal, a, il est vrai, sa part dans l'amélioration). assez bons chez une série d'hypotrophiques ; moins probants dans certains cas de rachitisme ou de chorée, dans certains cas d'encéphalopathie ou d'hémiplégies. En revanche, dans 3 cas d'hydrocèle double, le résultat fut rapide à la suite d'une série de sulfarsénol, ainsi que dans plusieurs cas de gommes cutanées, d'ulcérations atypiques et dans la plupart de ceux qui nous ont été confiés par M. Ombredanne et M. Lance.

Quelles conclusions tirer de cet ensemble de constatations ? Les suivantes :

Tous les enfants hérédosyphilitiques doivent être traités même en l'absence de signes cliniques ou sérologiques.

Le traitement de la syphilis héréditaire est long, doit être très long pour donner son plein rendement : la majorité des pédiatres à l'heure actuelle paraît admettre une durée nécessaire de 4, voire même 5 ans, sous le contrôle constant et régulier des réactions biologiques.

Il est admirablement supporté et donne des résultats très encourageants, chez les hypotrophiques, les anémiques, les petits retardés intellectuels, chez les vomisseurs, les porteurs d'ulcérations atypiques ou de gommes, chez les enfants atteints d'ostéites.

Dans certaines dystrophies nerveuses seulement, dans certaine lésions scléreuses ayant abouti, par exemple, à l'idiotie ou à l'hémiplégie, les résultats

paraissent moins immédiatement sensibles : peut-être faut-il leur opposer des doses médicamenteuses plus élevées, frapper plus fort et plus longtemps. L'avenir le dira.

Le traitement comporte 3 séries arsenicales annuelles, de 10 injections chacune, séparées par deux mois de repos, pendant lesquels les enfants sont soumis à une cure d'entretien (bismuth, mercure). Il doit être surveillé et organisé comme cela a lieu dans les consultations externes d'hôpital.

Mais est-ce là la seule modalité de traitement, celle dont nous venons de voir les grandes lignes dans les exposés précédents ? Non, certes : c'est là une modalité simple et efficace du traitement. Mais peut-être ne peut-elle pas résoudre tous les cas ?

Pas plus que pour la syphilis acquise de l'adulte, il n'y a de formule unique du traitement de l'héredo-syphilis chez l'enfant.

Il importe de connaître exactement les diverses formes sous lesquelles peuvent être employés les médicaments, et l'utilité éventuelle que chacune d'elle peut avoir. C'est ce qui ressort, d'ailleurs, d'une manière parfaite de la discussion au IV^e Congrès des Pédiatres de langue française (septembre-octobre 1924), Congrès auquel il ne faut pas craindre de revenir pour se faire une idée nette de l'état actuel du traitement de la syphilis héréditaire.

Les Médicaments antisypilitiques

Ce sont les mêmes que ceux employés dans la syphilis de l'adulte : ils sont au nombre de quatre .

Mercure, arsenic, bismuth et iodure de potassium.

1. Mercure :

Le plus ancien et pendant longtemps le seul en usage ; il peut être administré : 1) en applications externes, sous forme de frictions.

Les frictions constituent le meilleur mode d'administration, particulièrement chez le nouveau-né et le nourrisson.

On utilise soit :

a) La pommade mercurielle double ou onguent napolitain dont la formule est la suivante :

Axonge benzoïnée	} à à 50 gr.
Mercure purifié	
Ou mieux :	

b) L'onguent napolitain dédoublé, selon la formule :

Onguent napolitain	} parties égales
Axonge benzoïnée	

Les indications de la cure ont été tirées par nous

Avant 6 mois on fait chaque friction avec gros comme un petit pois d'onguent (un peu moins d'un gramme), après 6 mois, avec gros comme un gros pois (environ un gramme).

Il est facile de faire doser la quantité pour chaque friction en prescrivant, par exemple :

Onguent napolitain..... 15 gr.
A diviser en 15 cartouches.

La friction doit être faite tous les jours le matin après le bain ou la toilette, en ayant soin de changer chaque jour le lieu de la friction, et d'éviter les plis de flexion, en raison de la fragilité plus grande de la peau.

Elle doit durer 5 à 10 minutes environ.

La cure est de 15 à 20 frictions comme chez l'adulte. — On s'arrête 10 à 15 jours pour reprendre une nouvelle série.

Les bains de sublimé, les emplâtres au calomel sont des modes d'administration du mercure, qui doivent être abandonnées dans la cure méthodique de la syphilis infantile. 2

2) Voie gastro-intestinale :

Elle est employée dans les cas où les frictions ne peuvent être pratiquées (altérations de la peau, raisons d'ordre extra-médical). On a le choix entre 3 préparations solubles :

Liqueur de Van Swieten : solution aqueuse de bi-chlorure de mercure (sublimé corrosif) à 1 p. 1000.

Elle se prescrit par gouttes, la dose quotidienne étant divisée en 3 fois. Elle se mélange bien au lait, et se prend aisément dans le biberon. Mais elle a très mauvais goût, même mélangée au lait, et exerce une action irritante sur l'estomac et l'intestin, se traduisant par de la gastralgie, des coliques, de la diarrhée.

Lactate de mercure : solution aqueuse à 1 p. 1000, employée par le professeur Marfan, moins riche en mercure que le sublimé corrosif, mais qui n'a pas ses inconvénients, et que l'on peut administrer à doses plus élevées.

Résumons dans le tableau suivant, emprunté à un travail de M. le professeur Marfan, la posologie respective de la liqueur de Van Swieten et de la solution de lactate mercurique à 1 p. 1000.

Age	Dose moyenne par jour de	
	Liqueur de Van Swieten	Solution de lactate mercurique de 1 p. 1000
Avant 3 an...	7 gouttes par kilogramme	40 gouttes par kilogramme
De 3 à 10 ans.	5 gouttes par kilogramme	7 gouttes par kilogramme
Après 10 ans.	Une cuillerée à café pour 20 kilogr	Une cuillerée à café pour 15 kilogr.

Un gramme de ces solutions donne XX gouttes et renferme 1 milligramme du médicament.

Une cuillerée à café de 5 grammes renferme 5 milligrammes du médicament et correspond à 100 gouttes.

Les doses de mercure doivent être d'autant plus élevées que l'enfant est plus jeune (meilleure tolé-

rance et syphilis d'autant plus virulente que l'enfant est plus jeune).

Solution iodurée de biiodure de mercure ; ou sirop de Gibert : médicament actif que M. Marfan emploie surtout après 1 an, selon la formule :

Bi-iodure de mercure.....	o gr. 05
Iodure de potassium.....	o gr. 10
Eau distillée.....	100 gr.
Eau de menthe.....	50 gr.

Une cuillerée à café renferme 1 milligramme $\frac{1}{2}$ de biiodure.

De 6 mois à 1 an.. 2 cuillerées à café par jour.

De 1 an à 3 ans... 3 cuillerées à café par jour.

Après 3 ans..... 4 cuillerées à café par jour.

Le traitement par l'une ou l'autre de ces solutions doit être long : une première cure sera poursuivie un mois sans interruption. Ultérieurement la médication par les solutions mercurielles peut être prescrite quinze jours par mois pendant le cours de la première année du traitement, pour être ensuite progressivement réduite à une semaine sur trois, puis une semaine sur quatre.

Une préparation insoluble :

Poudre grise (mercurium cum créta) : mélange de mercure et de craie pulvérisée, contenant 33 % de mercure. Chez le nouveau-né, Variot conseille une dose quotidienne de 1 centigr. $\frac{1}{2}$; jusqu'à 6 mois, une dose de 2 à 3 centigrammes ; jusqu'à 1 an, une dose de 5 à 6 centigrammes.

On peut prescrire, par exemple, des paquets ainsi composés :

Poudre grise.....	0,01 centigrammes
Lactose	0 gr. 10

On fait prendre à l'enfant un paquet dans une cuillerée de lait ou dans un biberon ,deux, trois fois par jour ou davantage selon les cas.

Les pilules sont abandonnées.

3) Méthode par les injections :

a) Injections de sels solubles :

Bi-iodure de mercure : à prescrire, par exemple, selon la formule :

Biiodure de mercure.....	0 gr.. 02
Iodure de sodium.....	0 gr. 02
Eau distillée.....	10 cc.

De telle sorte que un quart de centimètre cube renferme un demi-milligramme de bi-iodure.

Benzoate de mercure : sel difficile à préparer. On se sert des ampoules qu'on trouve toutes préparées dans le commerce et qu'on étend plus ou moins d'eau distillée stérilisée suivant les doses à injecter.

La dose moyenne à injecter est de $\frac{1}{2}$ milligramme par kilog., dose sensiblement plus élevée que celle de l'adulte chez qui on injecte des quantités de bi-iodure et de benzoate correspondant environ à $\frac{1}{3}$ de milligramme par kilog pour un individu de 60 kilogs.

Cyanure de mercure : on ne l'emploie guère qu'en injections intra-veineuses. Il donne des résultats remarquables dans certains accidents graves, nécessitant une thérapeutique d'urgence : accidents nerveux, ou accidents oculaires.

— b) Injections de sels insolubles :

Calomel : peu employé dans l'enfance.

Huile grise : elle constitue une médication pratique, dès que l'enfant atteint cinq ou six ans, car les injections ne se répètent qu'une fois par semaine.

Elles se font par séries de six ou huit. On les fait soit avec une huile grise contenant 0 gr. 40 de mercure métallique par centimètre cube, soit avec l'huile grise du D^r Lafay contenant 20 centigrammes de mercure métallique par centimètre cube.

4) *Suppositoires* :

Onguent napolitain..... 1 à 2 centigr.

Beurre de cacao..... 2 gr.

Pour 1 suppositoire.

1 suppositoire chaque soir. C'est une médication inconstante.

Les suppositoires à l'huile grise, employés seulement chez l'adulte, donnent par contre d'excellents résultats.

Très riche est, on le voit, la médication mercurielle, mais de valeur inégale :

Chez le nourrisson, jusqu'à 3 ans, les frictions

constituent le meilleur mode d'administration du mercure.

A leur défaut, on utilisera avec succès les ingestions de liqueur de Van Swieten ou mieux de lactate de mercure.

Chez l'enfant plus grand, et surtout à partir de cinq ou six ans, on les réservera de préférence aux cures d'entretien ; les injections de bi-iodure ou de benzoate de mercure, intra-musculaires, qui sont alors indiquées comme traitement d'attaque sont fort douloureuses. On les remplace volontiers par les injections d'arsénobenzènes ou de bismuth qui, outre qu'elles sont indolores, ont l'avantage de n'être pratiquées qu'une ou deux fois par semaine.

Les injections hebdomadaires d'huile grise constituent une bonne médication de fond de l'hérédosyphilis, commodes n'exigeant pas une grande surveillance.

II. *Arsenic* :

Nous serons beaucoup plus brefs sur la médication arsenicale : nous avons vu, en effet, qu'elle constituait avec le bismuth la majeure partie de la thérapeutique anti-syphilitique aux Consultations Externes, aux dispensaires du Professeur Nobécourt et du Docteur Lereboullet (associée bien entendu avec le mercure et les iodures).

1) L'arsenic s'emploie sous forme de novarsénobenzol et de sulfarsénol.

Le novarsénobenzol en injections intra-veineu-

ses, est évidemment chez l'enfant, comme chez l'adulte, le médicament de choix. M. Blechmann s'en est fait le grand défenseur, mais la pratique des injections chez le tout jeune enfant, dans les veines épicroaniennes, le sinus longitudinal supérieur ou la jugulaire, ne va pas sans quelques difficultés si l'on n'est pas un spécialiste de cette technique.

Aussi, nous ferons des injections de novarsénobenzol, toutes les fois que cela sera possible, c'est-à-dire toutes les fois que nous aurons affaire à un grand enfant, présentant les veines du pli du coude bien développées. Dans les autres cas, nous aurons recours au sulfarsénol, en injections profondes intramusculaires, qui s'est montré à l'usage aussi efficace que le novarsénobenzol et pour lequel il n'y a aucune contre-indication.

Nous avons précédemment indiqué les doses à injecter par kilogramme de poids.

Les accidents observés au cours de l'emploi du $\frac{9}{14}$ ou du sulfarsénol sont pratiquement négligeables. On n'observe pas notamment ces crises nitritôides si impressionnantes chez l'adulte, et qui font souvent redouter l'emploi de la médication intraveineuse.

2) Voie gastro-intestinale :

Depuis quelque temps on utilise un nouveau composé arsenical, le stovarsol ou 190 dont l'action paraît intéressante comme préventif de la syphilis acquise.

Malheureusement dans la syphilis héréditaire il ne paraît pas avoir donné les résultats attendus.

Suppositoires : M. Lesné préconise les suppositoires à l'arsénobenzol. Il conseille deux fois par semaine, 1 centigramme par année d'âge. Il administre simultanément le traitement mercuriel (frictions) et les suppositoires arsenicaux.

III. *Bismuth* :

Le dernier venu dans la thérapeutique anti-syphilitique (nous savons que son emploi ne date que de l'année 1921 après les expériences de MM. Sazerac et Levaditi, qu'il fut employé pour la première fois chez l'adulte par MM. Fournier et Guénot), il s'est révélé au moins égal, sinon supérieur aux arsenicaux, non seulement par la disparition rapide d'accidents en évolution, mais encore au point de vue de stérilisation profonde de l'infection.

Chez l'enfant son action s'est avérée non moins efficace.

Il est employé sous forme de suspension huileuse, en injections intra-musculaires, injections qui n'offrent rien de bien particulier, et se pratiquent comme celles d'huile grise, en deux temps, dans la partie haute de la fosse iliaque externe, à quelques centimètres de la ligne médiane, de manière à éviter et le nerf sciatique, et les vaisseaux et nerfs fessiers supérieurs.

Dans un premier temps, l'aiguille est enfoncée seule, d'un coup brusque, perpendiculairement à la

peau, presque jusqu'à la garde. On attend quelques secondes pour être sûr de n'avoir pas pénétré dans un vaisseau, puis dans un second temps on adapte sur l'aiguille, la seringue, au préalable remplie et on pousse lentement l'injection.

Les sels de bismuth employés sont nombreux et chaque jour la liste s'allonge :

1) Sels solubles :

Citrate de bismuth ammoniacal, dont les injections se sont montrées douloureuses.

Le lactate de bismuth, appelé peut-être à remplacer le lactate d'hydragyre.

Le tartrobismuthate de K et de NA, corps blanc cristallisé correspondant à 50 % de bismuth.

Ces sels sont toxiques en injections intra-veineuses ; douloureux, en injections intra-musculaires ou sous-cutanées.

On leur préfère les sels insolubles en suspension huileuse.

2) Sels insolubles :

Le 1^{er} en date a été le tartrobismuthate de K et de NA, poudre blanche, inaltérable, donnant avec l'huile des suspensions stables et correspondant à 55 % de bismuth. Il est livré aujourd'hui dans le commerce sous le nom de Trépol.

L'iodobismuthate de quinine ou « quiniobismuth », iodure double de bismuth et de quinine est une poudre rouge orangé, contenant 30 % de bismuth 20 % de quinine, et 50 % d'iode.

L'hydroxyde de bismuth : poudre blanche, très fine, correspondant à 86 % de bismuth : Muthanol.

Dans la pratique, nombreuses spécialités : Iuatol, Curalues.

Les injections de sels de bismuth insolubles sont bien tolérées par l'enfant.

IV. *Iodure de potassium* :

Il est employé comme adjuvant du traitement mercuriel et arsenical, surtout dans la seconde enfance, à la dose moyenne 0 gr. 20 par année d'âge et par jour : contre certaines lésions infiltrées ou scléreuses, manifestations dystrophiques osseuses et viscérales.

V. *Médication opothérapique* :

Le Professeur Hutinel a eu le grand mérite, durant ces dernières années, d'attirer l'attention des médecins sur les multiples syndromes endocriniens qui sont imputables à la syphilis. Dans ces cas on doit toujours associer une médication opothératique à la médication arsenicale, mercurielle ou bismuthée.

Vous ne saurions mieux faire que de rappeler les conseils donnés par M. Apert, à ce propos :

Trois produits opothérapiques sont surtout recommandables : le corps thyroïde, l'hypophyse et la surrénale totale. « La thyroïde active l'évolution osseuse et l'évolution génitale simultanément.

La surrénale active le développement sexuel et les caractères sexuels secondaires.

L'hypophyse produit l'activation de l'accroissement en hauteur de la taille, avec arrêt du développement sexuel et de la tendance à la soudure des cartilages d'accroissement.

En principe, l'opothérapie thyroïdienne trouve son emploi dans les arrêts et retards du développement général (taille, dentition, marche, intelligence) et sexuel (infantilisme simple).

L'opothérapie surrénale sera indiquée dans les états languissants avec affaiblissement, apathie et allongement exagéré de la taille.

L'opothérapie hypophysaire trouve ses indications chez des sujets trapus, obèses, hisurtes, chez qui la puberté apparaît de façon trop précoce.

Enfin la polyopothérapie a une action très efficace sur les organismes infantiles qui ont gravement souffert du fait de maladies successives à complications prolongées. »

Cette médication doit être commencée le plus précocement possible, prudemment, longtemps et sous la surveillance constante du médecin.

Associée au traitement spécifique, elle arrive souvent à la longue à corriger l'action faussée des glandes endocrines.

Conclusions

I. La cure de l'hérédo-syphilis dans un hôpital d'enfants ne doit pas se borner à celle des enfants hospitalisés de manière permanente. Il y a un avantage évident à traiter régulièrement et activement en consultation externe tous les enfants qui, par leurs antécédents familiaux ou personnels, les signes qu'ils présentent, par leurs réactions humérales, peuvent être suspectés d'hérédo-syphilis.

II. Cette consultation externe doit être organisée et surveillée de près afin de constituer tout à la fois un centre de diagnostic et un centre de traitement.

Elle se recrute facilement parmi les enfants d'un service hospitalier et peut assurer à ceux-ci le traitement prolongé, nécessaire pour atteindre de manière durable leur infection syphilitique.

III. La cure de l'enfant est d'autant plus facile qu'il supporte très bien, le plus souvent, les diverses médications auxquelles il est soumis et que la tolérance, chez lui, des principaux émonctoires, foie et reins, permet l'administration à doses suffisantes et proportionnellement plus élevées que

chez l'adulte, de l'arsenic, du mercure ou du bismuth.

Le traitement doit, d'ailleurs, être surveillé et rester toujours inoffensif.

IV. Les résultats obtenus dans les divers services où fonctionnent ces consultations sont probants et permettent d'affirmer leur efficacité.

Il faut donc en souhaiter la généralisation. A leur fonctionnement doivent prendre part ces auxiliaires précieux pour le médecin et le dispensaire, que sont les infirmières sociales, infirmières visiteuses, destinées à dépister les malades et à maintenir ainsi une liaison constante entre le dispensaire et eux.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

P. NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.



W.P. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.

